

社福振福一第 12 号
平成 30 年 4 月 27 日

都道府県
政令指定都市
民生主管部（局）長 各位

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター
理事長 根本 嘉昭



平成 30 年度 9 月開催民間社会福祉施設（障害者等施設）
生活支援員等合宿研修受講者の推薦について（依頼）

本合宿研修は、厚生労働省後援の公益財団法人中央競馬馬主社会福祉財団の助成事業であり、障害者施設等の生活支援員等を対象に利用者に対する適切な支援の提供に資することを目的に、昭和 48 年から実施しているものです。

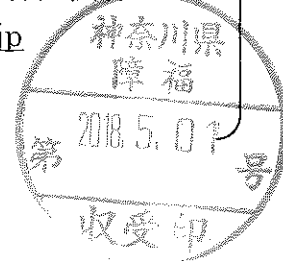
今年度におきましても、別添「平成 30 年度 9 月開催民間社会福祉施設職員合宿研修会実施要綱」のとおり実施いたしますので、ご多忙のところ恐れ入りますが、別添要綱推薦書様式により、管内民間社会福祉施設の職員（中核市も含む）から平成 30 年 6 月 15 日（金）までに（必着）受講者を推薦いただきますようお願い申し上げます。

推薦にあたっては過去の参加状況も勘案のうえ、特定の施設に偏ることなく、出来るだけ多くの施設から推薦いただきますようご配慮願います。

なお、書類の提出が上記期限に間に合わない場合は、お手数ではございますが、電話・FAX・メール等により、同期日までにご一報願います（該当者がいない場合であってもその旨連絡をお願いいたします。）。

追って、受講者を決定の上、結果を貴職宛てご通知申し上げますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

担 当 福祉第一部 高倉、坂上(サカウエ)
電 話 03-3486-7511
F A X 03-3486-7514
住 所 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 1-5-6
E-mail ml-fukushi1@sssc.or.jp
ホームページ <http://www.sssc.or.jp/>



平成 30 年 4 月 27 日

ご担当者 様

平成 30 年度 9 月開催民間社会福祉施設職員合宿研修会の
推薦依頼について（補足説明）

かねてより、(公財)社会福祉振興・試験センターの運営に協力いただきありがとうございます。
(本文書が、担当係ではない係に届いてしまった場合は、恐れ入りますがご担当者様にお渡し
願います。)

本研修は、障害者等施設の生活支援員等を対象に実施しております。全国からの推薦の結果
定員を超えた場合は、選考となります。そのため複数名をご推薦される場合は、恐れ入り
ますが、優先順位を付してご提出いただきますようお願い申し上げます。優先順位がない場
合は、当センターにて実施要綱（10_受講者の選考）に基づき、選考させていただきますので、
「優先順位なし」と記載願います。

【推薦に際しご提出いただくもの】

1. 推薦書（別紙様式）
2. アセスメントシート（事前課題）

※個別支援計画に関する講義に使用する資料となります。

参考様式により参加予定者が担当する利用者に係るアセスメントシートを、個人が
特定できない範囲で作成し、推薦書と同時に提出して下さい。

提出期限 平成 30 年 6 月 15 日（金）必着

書類の提出が上記期限に間に合わない場合、その旨を電話・FAX・メール等で、同期日ま
でにご連絡をいただきますようお願い申し上げます。

なお、推薦者がいない場合であっても、その旨必ずご連絡ください。

●**受講者の決定について**

推薦締切後 2 週間以内に通知します。

●**推薦書等様式の電子データ（Word）について**

推薦期間中（6 月 15 日まで）、当センターホームページ「国内合宿研修」ページに推薦書
等様式（Word）を掲載致します。電子データが必要な場合、当センターホームページよりダ
ウンロードしてください。

本研修の推薦依頼についてご不明な点等ありましたら、下記担当者までご連絡いただきま
すようよろしくお願いいたします。

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

担 当 福祉第一部 高倉、坂上(サカウエ)

電 話 03-3486-7511

F A X 03-3486-7514

住 所 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 1-5-6

E-mail ml-fukushi1@sssc.or.jp

ホームページ <http://www.sssc.or.jp/>

別紙様式

平成30年度9月開催 民間社会福祉施設職員合宿研修会受講者推薦書

顔 写 真
 (胸から上の顔写真)
 縦 4.5 cm×横 3.5 cm
 (パスポートサイズ)
 ※この写真は研修報告書の
 写真として使用します。

標記 民間社会福祉施設職員合宿研修会の受講希望者を実施要綱に基づき
次の通り推薦いたします。

ふりがな 受講希望者 氏 名	性別	男 ・ 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	年齢	歳
ふりがな 所属法人名	ふりがな 所属施設名		施設(事業)種類			施設 定員	
	施設(事業)種類						
施設所在地	〒 -			施設 電話番号	市外局番 - -		
職種又は役職名 (例)介護主任 介護職員 ユニットリーダー	社会福祉施設 通算経験年数(3年以上のもの)					年 ヶ月	
	うち障害者等施設で障害者等への対応に従事した経験年数 (複数施設経験の場合は合算)					年 ヶ月	
最終学歴 (該当に○をする)	中学卒・高校卒・専門学校卒・短期大学卒・大学卒						
保有資格 (該当に○をする)	介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員						
平成30年 月 日							
				都・道 府・県 市	部(局)長		
主 管 課				担当者氏名			
電 話 番 号				(内線)			
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター							
理事長 根本 嘉 昭 様							

(注意)ここに記載の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。

※ 年齢、経験年数は、研修初日現在(平成30年9月4日)を基準に記載してください。

参考様式

アセスメントシート

1 調査実施者（記入者）

実施日	年 月 日（付の情報）		
記入者名		所属機関	

2 調査対象者 ※対象者名は個人が特定できないようイニシャルや仮名にする等工夫すること。

対象者名	男・女	生年	T・S・H	年（ 歳）
------	-----	----	-------	-------

3 障害手帳等級及び程度区分

手帳種別	身体・療育・精神	等級等	種 級・	判定・	級	支援区分
障害名 (状態像)						

4 本人の訴え（願い・困りごと）

--

5 本人のストレングス

【個人のストレングス】
【環境のストレングス】

6 アセスメント結果 ※各項目欄に示しているもの以外に必要な項目があれば空欄に追加し、

①生活基盤に関する領域 項目によって記入すべき分量が多ければ行を追加してください。

項目	チェック（○・×）		実際の状況	備考
	支援の必要	支援の希望		
経済環境				
住居環境				
家族関係				

②健康に関する領域

健康状態				
食事内容				
服薬管理				
体力等				

③日常生活に関する領域

起床・就寝				
着脱衣				
洗顔・整容				
調理				
食事				
排泄				
入浴				

移動(屋内)				
移動(屋外)				
洗濯				
掃除				
整理・整頓				
書類整理				

④ コミュニケーション・スキルに関する領域

意思表示				
言語理解				
コミュニケーション方法				
パソコン				
電話				

⑤ 社会生活技能に関する領域

対人関係				
交通機関				
金銭管理				
買物				
危機管理				

⑥ 社会参加に関する領域

レクリエーション参加				
趣味				
外出				
当事者活動				
休日活動				
旅行等				

⑦ 教育・就労・経験に関する領域

教育(経験)				
就労(経験)				
社会経験				

7 関係機関・関係者からの情報

--

8 調査実施者所見 (注目すべき点、気になる点を含む)

--

平成 30 年度 9 月開催民間社会福祉施設職員合宿研修会実施要綱

1 目 的

民間の障害者等施設で障害者等への対応に従事している中堅職員に対し、必要な専門知識、技術を修得させるとともに、参加者相互の交流により、職員の資質の向上を図ることを目的とする。

2 主 催 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター
〔公益財団法人 中央競馬馬主社会福祉財団助成事業〕

3 後 援 厚生労働省（予定）

4 実施期間 平成 30 年 9 月 4 日（火）～9 月 7 日（金）までの 4 日間

5 研修会場 ホテルルポール麹町
東京都千代田区平河町 2-4-3 電話 03-3265-5361（代）
（交通）地下鉄有楽町線「麹町駅」下車 徒歩 3 分
（JR 山手線有楽町駅乗り換え）

6 宿泊場所 上記に同じ

7 受講者の資格

民間（公設民営を含む）の障害者等施設において、障害者等への対応に直接従事する生活支援員・介護職員等で、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- （1）社会福祉施設における業務経験が通算して 3 年以上で、かつ、当研修受講後も引き続きその施設に勤務する意思のある者
- （2）当研修に参加したことのない者
- （3）研修開催期間において、研修会場に宿泊できる者（2 人部屋または 3 人部屋）

8 受講定員 50 人

9 受講希望者の推薦

受講希望者にかかる都道府県・指定都市の推薦は、「平成 30 年度 9 月開催民間社会福祉施設職員合宿研修会受講者推薦書」（別紙様式）の提出によるものとする。

1.0 受講者の選考

次の選考基準により受講者を選考する。

【選考基準】

- (1) 都道府県・政令指定都市の推薦者のうち各1名
ただし、推薦のあった都道府県・政令指定都市の優先順位1位の推薦者の合計が定員を超える場合は、基準の(3)以降により選考する。
- (2) 都道府県・政令指定都市の推薦者のうち優先順位2位の者を、基準の(3)以降により選考する。(優先順位3位以下の者も同様に選考する)
- (3) 当研修に参加したことのない社会福祉施設の者
- (4) 利用者人数の多い社会福祉施設の者
- (5) 社会福祉施設における業務経験の長い者

1.1 研修費用等

研修にかかる研修費(含むテキスト代)、旅費、宿泊費、食費は当センターが負担する。

- (1) 旅費
当センターの旅費規程に基づいた金額を指定の口座へ振込むものとする。
※受講者自宅所在地の最寄り駅から研修会場までの実費(領収書の提出)
- (2) 宿泊費
研修期間内の宿泊は、当センターが手配する。
- (3) 食費
研修初日の懇談会費及び研修2日目から4日目までの朝食及び昼食は、当センターが手配する。

1.2 研修内容

研修科目及び時間(予定)

科目	時間	科目	時間
障害者福祉行政の動向	1時間30分	行動援護とアセスメント	2時間00分
特別講義	1時間30分	地域生活支援	3時間00分
レクリエーション実技ー地域資源を活用した余暇支援ー	3時間00分	チームアプローチの強化とスーパービジョン	4時間00分
障害者の理解と自立支援	2時間00分	個別支援計画に関する講義と演習	4時間30分
		8科目	21時間30分

1.3 事前課題の提出

「個別支援計画に関する講義と演習」では、自身が担当している利用者について、個別支援計画の作成につながるニーズ整理の演習を予定している。このため受講希望者は、演習の題材として、自身が担当する利用者のアセスメントシート(「参考様式」による)を作成し、推薦書と同時に提出すること。

14 レポートの提出

- (1) レポートのテーマは、研修期間中に当センターが提示する。
- (2) 受講者は、研修終了後、当センターが指定する期日までにレポートを提出すること。
- (3) 提出されたレポートは、報告書としてまとめ、関係機関に配付する。なお、併せて、公益財団法人中央競馬馬主社会福祉財団のホームページに掲載する。

15 フォローアップアンケートの提出

- (1) 研修内容が実際の現場でどのように役立っているか調査するため、研修終了後年度内にフォローアップアンケートを送付する。
- (2) 受講者は、当センターが指定する期日までに当該アンケートを提出すること。

